

| | | | | |
|------|-----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係員 |
| | | | | |

健康保険資格 取得・喪失 証明願

| | | | | |
|-------------|------------------|----------------|----------------|-----------------|
| 被保険者 | 氏 名 | | 保険者番号 | 0 6 1 3 5 8 9 1 |
| | | | 事 業 所 名 | |
| | | | ----- | |
| | 生年月日 T・S・H 年 月 日 | | 記号番号 | — |
| | 資 格 取 得 年 月 日 | | 資 格 喪 失 年 月 日 | |
| 昭和 年 月 日 | | 平成 年 月 日 | | |
| 平成 年 月 日 | | | | |
| 被扶養者 | 氏 名 | 続柄 | 生 年 月 日 | 資 格 取 得 年 月 日 |
| | | | | 資 格 喪 失 年 月 日 |
| | | | T・S・H 年 月 日 | S・H 年 月 日 |
| | | | | ----- |
| | | | T・S・H 年 月 日 | S・H 年 月 日 |
| | | | T・S・H 年 月 日 | S・H 年 月 日 |
| | | | T・S・H 年 月 日 | S・H 年 月 日 |
| | | T・S・H 年 月 日 | S・H 年 月 日 | |

提出先： _____

今般 _____ の手続きが必要となりましたので、
上記の通り相違ないことを証明願います

平成 年 月 日

申請者（被保険者） 住所 _____
氏名 _____ (印)

●●●●● 受付日付印 ●●●●●